



<https://cbs.ui.ac.ir/?lang=en>

Journal of Research in Cognitive and Behavioral Sciences
E-ISSN: 2345-3524
Vol. 10, Issue 2, No.19, Autumn and winter 2021, P:53-70

Research Article

Effectiveness of play therapy-based on Child parent relation therapy on the quality of maternal care and self-control of children with behavioral problems

Samaneh Pilevar Danaloo: Master of Science general psychology, Department of Psychology & Education, Faculty of humanities, Khatam University, Tehran, Iran.
samanehpilehvar@gmail.com

Mandana Niknam*: Assistant professor, Department of Psychology & Education, faculty of human science, Khatam University, Tehran, Iran.
m.niknam@khatam.ac.ir

Abstract

The aim of this study was to determine the effectiveness of play therapy-based on Child parent relation therapy on the quality of maternal care and self-control of children with behavioral problems. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the present study included all mothers with children with behavioral problems aged 6 to 9 years who were referred to Tabassum Counseling Center in Shahriar in 2020. 24 mothers were selected by convenience sampling based on inclusion criteria and randomly assigned to experimental and control groups (12 in the experimental group and 12 in the control group). The Landreth's Child parent relation therapy training program was performed in 10 sessions of 2 hours per week for the experimental group and the control group remained on the waiting list. Data collection tools included maternal care quality questionnaire and self-control questionnaire. Data analysis was performed using univariate and multivariate covariance analysis. The results showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in the maternal care quality and child self-control. Findings showed that play therapy based on Child parent relation therapy has a positive effect on the maternal care quality and increases children's self-control ($p < 0.05$). The findings of this study show the effectiveness of Child parent relation therapy on child self-control and maternal care quality. Therefore, it is suggested that psychologists and therapists use this method to improve maternal care quality and increase self-control in children.

Keywords: Child parent relation therapy, Quality of Maternal Care, Self-Control, Behavioral Problems

* Corresponding author

Copyright©2021, University of Isfahan. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>), which permits others to download this work and share it with others as long as they credit it, but they can't change it in any way or use it commercially



اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کیفیت مراقبت‌های مادرانه و خودمهارگری کودکان با مشکلات رفتاری

سمانه پیلهور دانالو: کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران،

ایران

samanehpilehvar@gmail.com

ماندانا نیکنام*: استادیار گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه خاتم، تهران، ایران

m.niknam@khatam.ac.ir

چکیده

پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کیفیت مراقبت‌های مادرانه و خودمهارگری کودکان با مشکلات رفتاری انجام شد. روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای فرزند با مشکلات رفتاری ۶ تا ۹ سال بود که در سال ۱۳۹۹ به مرکز مشاوره تبسم شهر شهریار مراجعه کرده بودند. ۲۴ نفر از مادران به صورت نمونه‌گیری دردسترس و براساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. برنامه مداخله‌ای بازی درمانی والد-کودک لندرت، طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته و به صورت هفتگی برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل در فهرست انتظار ماندند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه‌های کیفیت مراقبت‌های مادرانه و پرسشنامه خودمهارگری بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره انجام شد. نتایج نشان داد تفاوت معناداری بین دو گروه آزمایش و کنترل در کیفیت مراقبت‌های مادرانه و خودمهارگری کودکان وجود دارد. یافته‌ها نشان داد بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کیفیت مراقبت‌های مادرانه مادران و افزایش خودمهارگری کودکان تأثیر مثبت دارد ($P < 0/05$). یافته‌های این پژوهش کارایی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را در خودمهارگری کودکان و کیفیت مراقبت‌های مادرانه نشان می‌دهد؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و درمان‌گران از این روش برای ارتقای کیفیت مراقبت‌های مادرانه و افزایش خودمهارگری در کودکان استفاده کنند.

واژگان کلیدی: بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، کیفیت مراقبت‌های مادرانه، خودمهارگری، مشکلات رفتاری

مقدمه

مشکلات رفتاری به رفتارهای غیرعادی اطلاق می‌شود که از نظر شدت و مدت از محدوده طبیعی برای سن مربوطه فراتر می‌رود. این مشکلات رفتاری در حین رشد به وجود می‌آید و می‌تواند به نقایص جدی رفتاری و مسائل احساسی منجر شود (یانگ و همکاران^۱، ۲۰۱۹). به‌طور کلی، مشکلات رفتاری به دو طبقه تقسیم می‌شود: اختلالات درون‌ریزی شده مانند اضطراب و افسردگی، که با دنیای درون فرد در ارتباط است و اختلالات برون‌ریزی شده مانند رفتارهای ضداجتماعی که با دنیای بیرون فرد سروکار دارد (ماندی و همکاران^۲، ۲۰۱۷). ۱۴ تا ۲۴ درصد کودکان و نوجوانان با معضل اختلالات و مشکلات رفتاری و هیجانی مواجه‌اند (زنگ^۳، ۲۰۰۷). در صورت تداوم و درمان‌نشدن، مشکلات رفتاری می‌تواند به تأثیرات منفی در رشد اجتماعی و روابط بین‌فردی در بزرگسالی منجر شود (ماندی و همکاران، ۲۰۱۷). کودکان با مشکلات رفتاری اغلب خودمهارگری پایینی دارند و به‌صورت تکانشی به محرک‌ها پاسخ می‌دهند؛ درحالی‌که کودک عادی با خودمهارگری مناسب، زمانی را صرف فکر کردن به انتخاب‌ها و نتایج احتمالی می‌کند (وینستوک^۴، ۲۰۰۹). مهارنشدن تکانه یا تکانش‌گری، مفهومی است چندبعدی که براساس گرفتارشدن در رفتارهای بدون دوراندیشی و پاسخ‌دهی شتاب‌زده به محرک که اغلب پیامدهای سازش‌نیافته به بار می‌آورد، تعریف شده است (برون و همکاران^۵، ۲۰۱۷). برای اینکه کودک بتواند رفتار را مهار کند، باید پی‌برد که خود او عامل ایجادکننده یک رفتار است و درک کند که رفتار و تبعات آن نتیجه عملی است که تا

حدی امکان کنترل آن را دارد (مک‌درموت^۶ و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش‌های زیادی نشان داده شده است که بین خودمهارگری پایین و مشکلات رفتاری رابطه وجود دارد. برای مثال، فلورز^۷ و همکاران (۲۰۲۰) که دریافتند سطح پایین خودمهارگری با مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود مرتبط است یا پژوهش کیوتایبا^۸ (۲۰۲۱) که اهمیت مهارت‌های خودمهارگری را به‌عنوان بازدارنده‌ای برای مشکلات رفتاری درون‌نمود و برون‌نمود نشان داد. مشکلات رفتاری و مهارت‌نداشتن در خودمهارگری در بسیاری از موارد باعث می‌شود که والدین به‌دلیل فشارهای ناشی از مراقبت و مسئولیت خود درگیر تعاملات نامناسب با کودک شوند و این موضوع می‌تواند در ایجاد تکانش‌گری بیشتر در این کودکان مؤثر باشد. کودکی که با غفلت و سهل‌انگاری یا با خشونت و تندروی تربیت شده باشد، معمولاً تکانه‌ای، خطرپذیر، دارای حساسیت پایین و خودمهارگری ضعیف است (حسینی نثار و فیوضات، ۱۳۹۰). سطح خودمهارگری به کیفیت تربیت کودک توسط والدین در دوره‌های کودکی اول و دوم وابسته است (برترمز^۹، ۲۰۱۲).

در بسیاری از مطالعات به نقش مادر در بروز مشکلات و اختلالات رفتاری و روانی کودکان اشاره شده است (قنبری، اسماعیلی، پوراابراهیم و خلقی، ۱۳۹۵). یکی از متغیرهایی که مستقیماً در این زمینه بررسی شده، کیفیت مراقبت مادرانه است که براساس نظریه دلبستگی مطرح شده است (قنبری و همکاران، ۱۳۹۰). براساس نظریه دلبستگی، کودکان والدین خود را پایگاهی امن برای برآورده کردن نیازهای دلبستگی و اکتشاف خود در نظر می‌گیرند و به‌طور زیستی آمادگی

^۶ Mcdermott

^۷ Flores

^۸ Qutaiba

^۹ Bertrams

^۱ Yang & et al

^۲ Mundy & et al

^۳ Zeng

^۴ Winstok

^۵ Brown & et al

اسکوپ، سالیوان و فنگ^۷ (۲۰۱۹) که نشان دادند مشارکت و کیفیت رابطه مادر، خطر ایجاد علائم افسردگی را کاهش می‌دهد. سیمون-پاکوئت، تترالت و برنیر^۸ (۲۰۱۹) نیز با بررسی ۸۸ کودک و والدین آنها نشان دادند کیفیت مراقبت و تعامل مادر بیشتر از پدر با مدت خواب و کیفیت خواب کودک رابطه دارد؛ بنابراین، آموزش مادر به‌عنوان فردی که بیشترین زمان را با کودک می‌گذراند و بیشترین تعامل را با کودک دارد، می‌تواند بر کیفیت مراقبت‌های مادرانه مؤثر باشد. مطالعات صورت گرفته بیان‌گر آن است که آن دسته از مداخلاتی که نقش والدین در آنها فعال باشد، نسبت به مداخلاتی که صرفاً بر کودک متمرکز باشد، کارایی بهتری دارد (نجاتی و همکاران، ۱۳۹۵). والدین می‌توانند با آموزش مهارت‌هایی از طریق بازی درمانی به درک و پذیرشی مطلوب از رفتار کودک دست یابند. یکی از روش‌هایی که برای اصلاح رفتار کودکان استفاده می‌شود، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT)^۹ است. مداخلات CPRT بر تقویت و ارتقای کیفیت رابطه والد و کودک از طریق بازی متمرکز می‌شود و این فرضیه را مطرح می‌کند که بهبود کیفیت رابطه والد و کودک باعث بهبودی مشکلات رفتاری و هیجانی کودک می‌شود و در نتیجه سلامت روان والد و کودک را در پی دارد (لندرت و براتون^{۱۰}، ۲۰۰۲). با توجه به نقش اثرگذار مراقب اصلی در تجربه بازی کودکان، یکی از جنبه‌های بنیادین بازی کیفیت تعامل آنها با والدینشان است. هنگامی که کودکان با هم‌بازی ماهر بازی می‌کنند، می‌توانند رفتارهای گوناگونی را تجربه کنند (هیرش، پاسک، گولینکف و همکاران^{۱۱}، ۲۰۰۴). پژوهش‌های اخیر

دارند که وقتی دچار درماندگی می‌شوند، والدین خود را پایگاه امن در نظر بگیرند که به آنها برای کشف دنیای بیرون کمک می‌کنند. کودکانی که دلبستگی ایمن دارند، برای بازی و ابراز هیجانات خود احساس آزادی می‌کنند؛ زیرا مطمئن هستند که وقتی به والدین خود نیاز دارند، به آنها دسترسی دارند و حمایت می‌شوند (ژوفر و همکاران^۱، ۲۰۱۷). تمام این ویژگی‌های رفتاری مادر در ایجاد سبک دلبستگی ایمن یا نایمن در کودک، در «کیفیت مراقبت مادرانه» انعکاس می‌یابد؛ بنابراین، می‌توان گفت کیفیت مراقبت مادرانه شامل مؤلفه‌های ثبات هیجانی مادر در ارتباط با کودک، حساس بودن^۲، دسترس‌پذیری^۳ مادر و همسانی پاسخ‌دهی^۴ مادر است که باعث ایجاد دلبستگی ایمن در کودک می‌شود (قبری و همکاران، ۱۳۹۵). حساس بودن و پاسخ‌دهی مؤثر، دربرگیرنده زنجیره‌ای از تعاملات هم‌زمان و متقابل بین مادر و کودک است. به عبارت دیگر، حساس نبودن به معنای نداشتن دلبستگی، اعتماد به نفس پایین، رشد ناسالم، افسردگی، نداشتن توانمندی اجتماعی و رفتارهای پرخطری است که باعث کاهش پاسخ‌دهی مناسب مادر می‌شود. همچنین، رفتارهایی ذیل پاسخ‌دهی مؤثر طبقه‌بندی می‌شود که پیشرفت‌دهنده، پیوسته و دائمی باشد (لندری و همکاران^۵، ۲۰۰۱). پژوهش‌ها نشان داده است کیفیت مراقبت‌های مادرانه در بسیاری از متغیرهای روان شناختی کودکان نقش دارد. مانند پژوهش گانگمین و همکاران^۶ (۲۰۲۰) که با بررسی ۹۳۸ مادر و فرزند چینی نشان دادند کیفیت رابطه مادر با مشکلات رفتاری درون‌نمود فرزند، رابطه منفی دارد یا پژوهش یان،

⁷ Yan, Schoppe-Sullivan & Feng

⁸ Cimon-Paquet, Tétreault & Bernier

⁹ Child parent relation therapy

¹⁰ Landreth & Bratton

¹¹ Hirsh-Pasek, Golinkoff, Hennon, & Maguire

¹ Juffer & et al

² Sensitivity

³ In availability

⁴ Consistency of response

⁵ Landry & et al

⁶ Gangmin et al

(۲۰۲۰) در پژوهش خود دریافتند که بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد - کودک بر درک والدین از مشکلات رفتاری کودکان، دسترسی عاطفی و بهبود مشکلات رفتاری کودک تأثیر دارد. دونالد و سبالوس^۶ (۲۰۲۰) در یک مطالعه موردی نشان دادند درمان مبتنی بر تعامل والد-کودک بر افزایش همدلی و کیفیت مراقبت والدین و بهبود مشکلات رفتاری کودکان تأثیر دارد. پژوهش هار و گرازیانو^۷ (۲۰۲۰) مقرون به صرفه بودن درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک را بررسی کردند و نتایج پژوهش آنها نشان داد درمان مبتنی بر تعامل والد - کودک بر رفتارهای اخلاص گرانه، ایجاد مهارت‌های فرزندپروری و کاهش استرس والدین مؤثر است. در نهایت، بهمنی و جهان بخشی (۱۳۹۹) در یک پژوهش نیمه آزمایشی دریافتند که بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک بر کاهش پرخاش گری کودک و کیفیت تعامل والد-کودک مؤثر است.

بنابر آنچه گفته شد، با توجه به تبعات مشکلات رفتاری برای کودکان که کمبود خودمهارگری از جمله آنهاست و نقش کیفیت مراقبت مادرانه در رفتارهای نامناسب کودک و با توجه به ویژگی‌های مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و احتمال کارآمدی متغیرهای پژوهش، پژوهش حاضر در صدد پاسخ گویی به این سؤال است که: آیا بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر خودمهارگری و کیفیت مراقبت‌های مادرانه تأثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای فرزند با

درباره اثربخشی این شیوه درمانی نشان داده است که اصول و مهارت‌های آموزش داده شده در آن، نگرش و رفتار والدین را نسبت به تعامل با فرزندشان تغییر و بهبود می‌دهد (وست^۱، ۲۰۱۰؛ جنسن هارت، کریستنسن، داتکا و لیشمن^۲، ۲۰۱۲). در برنامه آموزشی CPRT دو دسته از مهارت‌ها در دو مرحله پی‌درپی آموزش داده می‌شود. در مرحله تعامل کودک محور، مهارت‌های رایج بازی درمانی برای بهبود کیفیت رابطه والد - کودک به والدین آموزش داده می‌شود و در مرحله تعامل والد محور نیز والدین، مهارت‌های لازم برای افزایش فرمانبرداری و کاهش مشکلات رفتاری فرزندانشان را می‌آموزند (گرسو، سورل و مک نیل^۳، ۲۰۰۱). یکی از خصوصیات مهم بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، تمرکز آموزش‌ها بر آینده رابطه والد-کودک است؛ در حالی که بسیاری از مداخلات والد محور بر رویدادهای گذشته و اصلاح روابط گذشته والد - کودک متمرکز می‌شود (رجب پور و مکنون، ۱۳۹۱). پژوهش‌ها در زمینه به کارگیری بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک نشان داده است این نوع مداخلات و آموزش‌های مبتنی بر آن می‌تواند بر طیف وسیعی از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان و مشکلات ارتباطی والدین با کودکان اثربخش باشد. برای مثال، هجرانی، شهریاری و استکی^۴ (۲۰۲۰) در پژوهشی نیمه آزمایشی با بررسی ۴۸ دانش آموز پرخاش گر، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را با بازی شناختی رفتاری بر متغیرهای خشم، اضطراب و تنظیم شناختی هیجان مقایسه کردند و دریافتند که بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک در مقایسه با بازی شناختی رفتاری مؤثرتر است. کول هاف و همکاران^۵

¹ West, Brooke

² Jensen-Hart, Christensen, Dutka, and Leishman

³ Greco, Sorrell, & McNeil

⁴ Hejrani-Diarjan, Shahriari Ahmadi & Esteki

⁵ Kolthoff & et al

⁶ Donald, & Ceballos

⁷ Hare, Graziano

بود از: ۱. غیبت در جلسات درمانی بیش از دو جلسه؛ ۲. حضور نیافتن در جلساتی که پرسشنامه‌ها در آن تکمیل می‌شود.

ابزار

۱. فهرست رفتاری کودک (CBCL)^۱: این مقیاس در نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنابخ^۲ برای ارزیابی صلاحیت، مشکلات عاطفی رفتاری کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ سال تدوین شده است که والدین یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و یا فردی که با کودک در محیط‌های شبیه به خانواده زندگی می‌کند و کودک را کاملاً می‌شناسد، براساس وضعیت ۶ ماه گذشته کودک، تکمیل می‌کند. این فهرست دو بخش دارد. بخش اول مربوط به صلاحیت کودک در حوزه‌هایی مانند فعالیت‌ها، روابط اجتماعی و مدرسه است و بخش دوم مربوط به مشکلات عاطفی رفتاری است که می‌توان آن را به دو صورت بررسی کرد. می‌توان از نیم‌رخ‌هایی که براساس DSM تنظیم شده است، استفاده کرد که مشکلاتی مانند مشکلات عاطفی، اضطراب، بدن، نارسایی توجه/فزون‌کنشی، تضادورزی جسورانه و مشکلات رفتاری را دربر می‌گیرد. همچنین، می‌توان آن را براساس مقیاس‌های نشانگانی که مبتنی بر تجربه است، بررسی کرد. نشانگان مجموعه‌ای از مشکلات و نشانه‌هاست که تمایل به وقوع هم‌زمان دارند. برای تشخیص نشانگان در فهرست رفتاری کودک از روش تحلیل عوامل استفاده شده است که براساس آن، عوامل یا نشانگان اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتارهای قانون‌شکنانه و رفتارهای پرخاش‌گرانه و سایر مشکلات به وجود آمده است. بدین ترتیب، در نمره‌گذاری مبتنی بر تحلیل عاملی ۹ زیرمقیاس و ۳ مقیاس وجود دارد که عبارت

مشکلات رفتاری ۶ تا ۹ سال بود که در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ به مرکز مشاوره تبسم شهر شه‌ریار مراجعه کرده بودند. ۲۴ نفر از مادران به صورت نمونه‌گیری دردسترس و براساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۲ نفر در گروه کنترل) قرار گرفتند. نمونه‌گیری بدین صورت بود که به دلیل شیوع کرونا و محدودیت مراجعه حضوری به مرکز مشاوره تبسم، به خانواده‌هایی که کودکی با مشکلات رفتاری برون‌سازی شده (مانند رفتارهای پرخاش‌گرانه، قانون‌شکنانه) و مشکلات درون‌سازی شده (مانند اضطراب، افسردگی و گوشه‌گیری) داشتند، فراخوانی برای مشارکت و اطلاع‌رسانی از طریق فضای مجازی ارسال شد. پس از انتشار فراخوان ۴۵ مادر متقاضی برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند. با در نظر گرفتن احتمال ریزش، در ابتدا ۳۸ نفر برای دو گروه براساس معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و سپس در دو گروه کنترل (۱۹ نفر) و آزمایش (۱۹ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند که در نهایت ۲۴ نفر (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) تا پایان پژوهش باقی ماندند که برای تعمیم یافته‌ها، اطلاعات آنها تجزیه و تحلیل آماری شد. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: ۱. سن کودک بدون در نظر گرفتن جنسیت ۶ تا ۹ سال باشد؛ ۲. مادر یا کودک خدمات مشاوره‌ای دیگری به‌طور هم‌زمان دریافت نکند؛ ۳. مادران با رضایت کامل در جلسات شرکت کنند؛ ۴. کودک دارای مشکلات ذهنی یا جسمانی نباشد. ۵. وجود مشکلات رفتاری با انجام مصاحبه روان‌شناس، اجرای پرسشنامه CBCL (خط برش نمرات بالاتر از ۶۳) محرز شود؛ ۶. کودک درمان‌های روان‌شناختی یا دارویی حین انجام پژوهش دریافت نکند و معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت

¹ Child Behavior Checklist

² Achenbach

برخوردار است و با اطمینان می‌توان از آن برای سنجش اختلالات عاطفی رفتاری کودکان و نوجوانان ۶ تا ۱۸ ساله استفاده کرد. یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۰) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۰ و ۰/۸۲ به دست آورده‌اند.

۱. پرسشنامه کیفیت مراقبت‌های مادرانه (MCQS)^۲: یک مقیاس خود گزارش‌دهی است که قنبری، خداپناهی، مظاهری و لواسانی در سال ۱۳۹۰ براساس نظریه دلبستگی و به منظور بررسی مؤلفه‌های سبک مراقبتی مادر از کودک ساخته‌اند و طراح خارجی ندارد. این پرسشنامه ۳۲ سؤال دارد و نمره‌گذاری آن براساس لیکرت ۵ درجه‌ای (اصلاً این گونه نیست، گاهی این گونه است، نظری ندارم، اغلب این گونه است و همیشه این گونه است) درجه‌بندی شده است. دامنه نمرات از ۳۲ تا ۱۶۰ است و نمرات بیشتر نشان‌دهنده کیفیت مراقبت بالاتر است. این پرسشنامه سه بعد تعارض و سردرگمی (سؤالات ۳، ۶، ۹، ۱۰، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۴، ۲۵، ۳۰، ۳۱، ۳۲)، حساس بودن و پاسخ‌دهی (۲، ۵، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۲۲، ۲۶، ۲۷) و دسترس پذیری (۱، ۴، ۷، ۱۳، ۱۴، ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۸، ۲۹) دارد. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سؤالات آن بعد را با هم محاسبه می‌کنند. امتیازات بالاتر در هر بعد نشان‌دهنده تمایل بیشتر فرد پاسخ‌دهنده به آن بعد خواهد بود و برعکس. تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد سه عامل مهم تعارض و سردرگمی (۱۲ ماده)، حساس بودن و پاسخ‌دهی (۱۰ ماده) و دسترس پذیری (۱۰ ماده) در این پرسشنامه است. تمامی عامل‌ها با استفاده از آلفای کرونباخ همسانی بالایی (بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۴) داشته‌اند. همچنین، روایی آزمون‌باز آزمون این پرسشنامه در بازه زمانی ۲۰ روزه نشان‌دهنده ثبات نمره‌ها بود. در پژوهش

است از: ۱. مقیاس مشکلات درون‌نمود که از جمع نمره‌های زیرمقیاس‌های اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی و شکایات جسمانی به دست می‌آید؛ ۲. مقیاس مشکلات برون‌نمود که از جمع نمره‌های زیرمقیاس‌های رفتاری قانون‌شکنانه و رفتارهای پرخاش‌گرانه به دست می‌آید و ۳. دیگر مشکلات که از جمع نمره‌های زیرمقیاس‌های مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه و سایر مشکلات به دست می‌آید. مجموع نمره‌های مقیاس‌های ۱، ۲ و ۳ نمره کل است که معرف مشکلات رفتاری کودک است (آشنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). تعداد سؤالات این بخش ۱۱۳ است و پاسخ‌دهنده براساس وضعیت کودک در ۶ ماه گذشته هر سؤال را به صورت ۰=نادرست، ۱=تا حدی درست، و ۲=کاملاً یا غالباً درست، درجه‌بندی می‌کند. در پژوهش حاضر، بخش دوم پرسشنامه بررسی شد و از این بخش مقیاس‌های مشکلات درون‌نمود و برون‌نمود به صورت جداگانه تحلیل شد. آشنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) پایایی آزمون‌باز آزمون را بین ۰/۹۳ تا ۱ برای نمرات به دست آمده از مصاحبه‌گران مختلف و گزارش‌های والدین با فاصله زمانی ۷ روز به دست آوردند. این ابزار را تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۱) برای اولین بار در ایران ترجمه کردند و به کار بردند. در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است. ثبات زمانی مقیاس‌ها با استفاده از روش آزمون‌باز آزمون با فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته بررسی شده که دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمده است. همچنین، توافق بین پاسخ‌دهندگان نیز بررسی شده است که دامنه این ضرایب از ۰/۰۹ تا ۰/۶۷ نوسان داشته است. به‌طور کلی، در پژوهش مینایی (۱۳۸۵) این نتیجه حاصل شده است که این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی

² Maternal Caregiving Quality Scale

¹ Achenbach & Rescorla

خودمهارگری و نمره ۷ نشان‌دهنده حداقل خودمهارگری است. نمرات سؤالات منفی کاملاً برعکس است. دامنه نمرات از ۳۳ تا ۲۳۱ در نوسان است که هرچه نمره کودک به ۲۳۱ نزدیک‌تر باشد، خودمهارگری کمتری دارد. در خرده‌مقیاس تکانش‌گری که ۱۳ سؤال را دربر می‌گیرد و دامنه سؤالات از ۱۳ تا ۹۱ است، هرچه نمره کودک به ۹۱ نزدیک‌تر شود، تکانش‌گری بیشتری دارد. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آمد.

روش اجرای پژوهش

این پژوهش دو مرحله مطالعه مقدماتی و بررسی اصلی داشت. هدف از مرحله مقدماتی، اشراف و مهارت در بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک، تهیه و بررسی شیوه‌نامه آن و آماده‌سازی ابزارهای پژوهش و بررسی اعتبار و پایایی آنها بود. مرحله اصلی انتخاب نمونه و اجرای شیوه‌نامه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، گردآوری و تجزیه و تحلیل اطلاعات بود. ابتدا در یک جلسه مقدماتی، درباره اهداف جلسات، نحوه اجرا، زمان و مکان تشکیل جلسات و ملاحظات اخلاقی (مانند محرمانه‌بودن اطلاعات و هویت شرکت‌کنندگان و آزادی در مشارکت نکردن) با شرکت‌کنندگان گفت‌وگو شد و در گام بعدی بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک (لندرت و براتون، ۱۹۸۰) برای گروه آزمایش اجرا شد؛ به این صورت که شیوه‌نامه در ۱۰ جلسه ۲ ساعته در طی تابستان ۱۳۹۹ در مرکز تبسم برای گروه آزمایش اجرا شد. اولین جلسه در تاریخ ۱۷ خرداد انجام گرفت که پس از آن هر جلسه در روزهای شنبه هر هفته تقریباً به صورت مداوم تشکیل شد و در این مدت برای گروه کنترل درمان روان‌شناختی خاصی ارائه نشد. گفتنی است که به دلیل شیوع پاندمی کرونا، جلسات با رعایت کامل شیوه‌نامه‌های بهداشتی اعلام‌شده از سوی وزارت

حاضر نیز پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

۲. پرسشنامه خودمهارگری کندال و ویلکاکس (SCRS)^۱: مقیاس ارزیابی خودمهارگری که کندال و ویلکاکسون در سال ۱۹۷۹ به منظور سنجش میزان کنترل کودکان بر خود ساخته‌اند. این مقیاس با ۳۳ عبارت برای ارزیابی میزان رفتار خویش‌دارانه (نقطه مقابل رفتارهای غریزی و تابع امیال) در کودکان طراحی شده است. مقیاس ارزیابی خودمهارگری را ناظری که رفتار کودک را ارزیابی می‌کند، به کار می‌گیرد. این مقیاس براساس مدل خویش‌داری مدل شناختی-رفتاری طراحی شده است. علت طراحی این مقیاس، نبود مقیاس‌هایی برای سنجش خویش‌داری کودکان و نیاز به وجود ابزاری بود که بتواند برای ارزیابی تغییرات در پی درمان به کار گرفته شود. ۱۰ سؤال این پرسشنامه مربوط به خودمهارگری، ۱۳ سؤال آن مربوط به تکانش‌گری و ۱۰ سؤال آن نیز مربوط به هر دو عامل تکانش‌گری و خودمهارگری است. نمره کلی به دست آمده از این مقیاس، بیان‌گر میزان خودمهارگری است و برای ارزیابی متغیر تکانش‌گری سؤالات ۲-۱۰-۱۴-۱۵-۱۶-۱۷-۱۸-۲۰-۲۱-۲۲-۲۵-۲۸-۳۰ مربوط به خرده‌مقیاس تکانش‌گری بوده است. ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و با استفاده از روش بازآزمایی، ۰/۸۴ محاسبه شده است که قابل قبول است. همچنین، در ایران به پژوه، غباری، علیزاده و همتی علمدار^۲ (۲۰۰۷) ویرایش و روایی محتوایی آن را تأیید کرده‌اند که پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ بر روی یک نمونه صد نفری از دانش‌آموزان شهر تهران ۰/۹۸ محاسبه شده است. سؤالات این پرسشنامه به صورت مثبت و منفی است و یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای دارد که نمره ۱ از سؤالات مثبت نشان‌دهنده حداکثر

^۱ Self-Control Rating Scale

^۲ Beh-Pajoo, Ghabari., Alizadeh & Hemati Alamdar

بهداشت به اجرا درآمد. در نهایت، تعدادی از مادران (۷ نفر) با وجود تمایل زیادی که در ابتدا به شرکت در پژوهش نشان داده بودند، تا پایان پژوهش، از هریک از گروه‌های آزمایش و کنترل از شرکت در پژوهش صرف‌نظر کردند. بعد از اتمام جلسات آموزشی گروه آزمایش، مجدداً دو گروه آزمایش و کنترل پرسشنامه‌ها

های پژوهش را تکمیل کردند و در نهایت داده‌های به دست آمده از هر دو گروه با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. در زیر، خلاصه‌ای از بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک (توسط لندرت و براتون، ۱۹۸۰) آورده شده است:

جدول ۱. خلاصه مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	توضیح اجمالی موضوعات جلسات آموزشی CPRT و مفاهیم ضروری مرتبط با آن و معارفه گروهی	ترغیت و تشویق والدین به شرکت در جلسات با همدلی و تأکید بر کارآیی جلسات، عادی‌سازی وجود مشکلات ارتباطی بین والد و کودک، مرور کلی موضوعات جلسات آموزشی CPRT و ارائه مفاهیم کلیدی و ضروری (با مراجعه به جزوه). ایفای نقش مهارت‌های بازی درمانی، نمایش فیلم به منظور آموزش مهارت‌ها به والدین، ارائه تکلیف خانگی.	ضبط ویدئو صحنه بازی در منزل، پاسخ به احساسات و کامل کردن برگه کار کلاسی در منزل
جلسه دوم	آموزش اصول اساسی بازی درمانی ۳۰ دقیقه‌ای والد-کودک	بررسی تکلیف جلسه قبل، تبادل صمیمی و دوستانه، تشویق والدین به بیان تجارب و شرکت در فعالیت گروهی، آموزش اصول اساسی زمان کیفی با کودک (نحوه گذراندن ۳۰ دقیقه بازی کیفی با کودک و تبعیت از کودک برای انتخاب زمان و مکان بازی)، معرفی اسباب‌بازی‌های مورد نیاز جلسات بازی و توضیح درباره نحوه استفاده از آنها، معرفی و ایفای نقش مهارت‌های اساسی جلسه بازی	تهیه مجموعه اسباب‌بازی‌های مورد نیاز و تعیین زمان و مکانی مناسب برای بازی
جلسه سوم	معرفی بایدها و نبایدهای جلسات بازی	مرور تکالیف خانگی جلسه قبل و مرور جواب‌های والدین به وسیله برگه‌های پاسخ‌گویی انعکاسی، ذکر مقررات و بایدها و نبایدهای جلسات بازی. بایدها: لزوم آماده‌سازی شرایط مکانی و ساختار اولیه، واگذاری مسئولیت رهبری جلسه به کودک، شرکت فعالانه در بازی پیشنهادی کودک، شرح آنچه دیده می‌شود، لزوم انعکاس احساسات کودک، مشخص‌سازی محدودیت‌ها، به رسمیت شناختن قدرت کودک و تشویق کودک. نبایدها: انتقاد از رفتارهای کودک، تعریف و تمجید بی‌جا از کودک، پرسش سؤالات هدایت‌کننده از کودک، قطع بازی، آموزش یا ارائه اطلاعات و نصیحت به کودک درباره موضوعی خاص، انفعال و سکوت در طول بازی، نصیحت اخلاقی به کودک. ارائه تکالیف منزل (ارجاع والدین به جزوه)	تکمیل فهرست اسباب‌بازی‌ها، تعیین زمان و مکان بازی، تهیه کارت‌های تعیین وقت برای هر جلسه بازی، مرور بایدها و نبایدها و مهارت‌های هر جلسه، قبل از شروع بازی، در صورت امکان ضبط و ثبت محتوای جلسات بازی در منزل.

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه چهارم	آموزش اعمال سه گانه محدودیت گذاری	مرور تکالیف جلسه قبل و مرور جلسات بازی ضبط شده، در میان گذاشتن دوستانه اطلاعات آموزشی، اعمال سه گام محدودیت گذاری (ارجاع والدین به جزوه)، ایفای نقش در مهارت‌های مورد نیاز در جلسه بازی و سه گام محدودیت گذاری. تعیین تکالیف منزل.	تکمیل برگه‌های مخصوص تمرین محدودیت گذاری، قبل از شروع جلسه بازی مطالب مجدداً مرور شود، مقررات و باید‌ها و نبایدهای جلسه بازی مرور شود، مجدداً فرم مراحل و فرایندها بررسی و مرور شود، اجرای جلسه بازی و تکمیل یادداشت‌های مربوط به جلسه بازی والدین و توجه به احساسات و عواطف کودک در طول جلسه بازی.
جلسه پنجم	تمرکز عمده این جلسه بر حمایت و تشویق والدین در هنگام یادگیری و تمرین مهارت‌های جلسه بازی است	بررسی گزارش‌های والدین از جلسات بازی و مشارکت فعالانه در مرور جلسات ضبط شده والدین (جلسه بازی ضبط شده مرور و بررسی شود). مرور مباحث و مطالب مربوط به محدودیت گذاری، چگونگی بیان محدودیت گذاری و علت به کارگیری آن، تبادل نظر والدین درباره خود آگاهی‌شان.	تمرین مراحل سه گانه محدودیت در منزل ارائه و تکمیل فرم‌ها در منزل و انتخاب داوطلب برای ضبط فیلم برای جلسه آینده. اگر در طول جلسه بازی به اجرای تعیین محدودیت‌ها نیازی بود، در برگه شرح بدهند که چه اتفاقی افتاد که به تعیین محدودیت‌ها نیاز پیدا شد.
جلسه ششم	هدف این جلسه در برخورد با والدین، تقویت و ایجاد احساس کارآمدی آنها، از طریق ایجاد حس عزت نفس و اعتماد به نفس آنهاست.	بحث درباره تقویت و ایجاد و توسعه اعتماد به نفس در والدین و تشویق والدین به ایجاد و تقویت عزت نفس کودک از طریق مشارکت و پاسخ گویی فعالانه. در ابتدای جلسه، والدین بازی درمانی در منزل خود را گزارش دادند و سپس جلسه بازی نقد و بررسی شد. جلسات بازی‌ای که والدین ضبط کرده بودند، مرور شد. به والدین در زمینه دادن حق انتخاب به کودک و همچنین مسئولیت پذیری و تصمیم گیری آموزش داده شد.	تأکید بر اجرای جلسات بازی: در زمان و مکان ثابت همیشگی، مرور باید‌ها و نبایدهای جلسه بازی و فهرست مهارت‌های جلسه بازی، تکمیل یادداشت‌های مربوط به جلسه بازی والدین، استفاده از فهرست مهارت‌های جلسه بازی برای تعیین آنچه انجام خواهد شد.
جلسه هفتم	هدف اصلی جلسه هفتم تشویق والدین به کسب مهارت‌ها و پیشرفت هایشان و به تبع آن، بالارفتن اعتماد به نفس از طریق دریافت حمایت و باز خورد مثبت و تقویت کننده از گروه بود. آموزش پاسخ‌های تقویت کننده و سازنده عزت نفس در کودکان.	ارائه مبحث حق انتخاب پیشرفته، در نظر گرفتن مجموعه‌ای از انتخاب‌ها به عنوان پیامدهای رفتاری کودک، مرور غیر رسمی تکالیف در خلال گزارش‌های والدین از جلسات بازی در منزل، مرور جلسات بازی ضبط شده و بحث و گفت و گو درباره آنها با نظارت درمان گر، توضیح فرایند تقویت عزت نفس در کودک، تعیین تکالیف منزل (ارجاع والدین به جزوه).	نامه‌ای را برای فرزندان بنویسید؛ به طوری که در آن به خصایص مثبت او که قابل تحسین است، اشاره کنید (از فهرست صفات و خصایص مثبتی که در دفترچه والدین موجود است، کمک بگیرید). مرور باید و نبایدهای جلسه بازی و فهرست مربوط به مهارت‌های جلسه بازی. تکمیل یادداشت‌های والدین از جلسه بازی در منزل.

جلسات	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه هشتم	حمایت و تشویق مهارت های والدین و اعتماد به نفس دادن به آنها از طریق گفت‌وگوی گروهی و بازخورد گرفتن اعضای گروه از یکدیگر	مرور غیررسمی و دوستانه اطلاعات و تکالیف خانگی در هنگام گزارش والدین از جلسات بازی در منزل و تعمیم مهارت‌های جلسه بازی به موقعیت‌های خارج از جلسه، گزارش والدین از کاربرد مهارت پاسخ‌دهی عزت‌نفس دهنده در شرایط خارج از جلسه بازی، گزارش والدین درباره به کارگیری مهارت‌های پاسخ‌دهی ایجادکننده عزت‌نفس در خارج از جلسه بازی و همچنین کاربرد این مهارت‌ها هنگام بازی همراه با گزارشی از دیگر بخش های جلسات بازی، آموزش عبارات تشویق‌آمیزی که حاکی از اعتماد، مبتنی بر همکاری و قدردانی، پیشرفت و به‌طور کلی پذیرش و ارزش نهادن است.	ترتیبی داده شد تا دو نفر از مادران در جلسات بعد فیلم تهیه کنند تا مشکلاتشان بررسی شود. به محض انجام موفقیت‌آمیز مهارت‌ها در جلسه بازی، از والدین خواسته شد به تدریج این مهارت‌ها را در خارج از جلسه بازی به کار ببرند.
جلسه نهم	درمیان گذاشتن تجارب والدین از کاربرد مهارت ها در موقعیت‌های خارج از جلسات بازی، آموزش محدودیت‌گذاری پیشرفته	زمان بیشتری به بحث‌های گروهی والدین درباره آنچه خارج از جلسه درمان رخ داده بود، پرداخته شد، بر بایدهای جلسه بازی تأکید شد.	تکمیل یادداشت‌های والدین از جلسه بازی در منزل.
جلسه دهم	هدایت، ارزیابی و پیگیری جلسات بازی و مهارت‌های والدین در این زمینه	تبادل دوستانه و غیررسمی اطلاعات فیلم‌های ضبط‌شده مرور شد و مطالب مربوط به فرایند اختتام دوره آموزشی بیان شد. از والدین خواسته شد فکر کنند و بگویند کودکان در حال حاضر نسبت به هفته‌های گذشته چه تفاوتی کرده‌اند. تجارب کسب‌شده و مهارت‌های والدین خلاصه شد و برای جدا شدن از گروه و مستقل عمل کردن آماده شد. به مادران اجازه داده شد تغییرات رخ داده در رابطه‌شان را تعبیر و تفسیر کنند و بر نقاط قوت و پیشرفت‌های حاصل شده در تغییرات رفتاری والدین و کودک تمرکز شد.	تأکید بر تداوم جلسات بازی درمانی در منزل

یافته‌ها

گروه آزمایش ۶۳ درصد تحصیلات لیسانس و ۲۴ درصد فوق لیسانس داشتند و کمترین آزمودنی‌ها ۱۳ درصد دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم بودند. در گروه کنترل بیشتر آزمودنی‌ها (۴۶ درصد) فوق لیسانس و کمترین آزمودنی‌ها (۲۳ درصد) تحصیلات لیسانس داشتند. در هر دو گروه کنترل و آزمایش، بیشتر آزمودنی‌ها خانه‌دار بودند. ۷۷ درصد افراد در گروه

شرکت کنندگان این پژوهش ۲۴ نفر از مادران کودکان با مشکلات رفتاری بودند که در دامنه سنی ۲۵-۴۵ سال قرار داشتند. ۵۵ درصد گروه کنترل در دامنه سنی ۲۵ تا ۳۵ سال و ۴۵ درصد بین ۳۶ تا ۴۵ سال و در گروه آزمایش ۴۸ درصد بین ۲۵ تا ۳۵ سال سن داشتند و ۵۲ درصد بین ۳۶ تا ۴۵ سال سن داشتند. در

آزمایش و ۸۰ درصد در گروه کنترل خانه‌دار بودند. از جدول ۲ یافته‌های توصیفی مربوط به کیفیت مراقبت‌های مادرانه و خودمهارگری را نشان می‌دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای کیفیت مراقبت‌های مادرانه و خودمهارگری در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها	مراحل	آماره	سطح معنی‌داری		آزمایش	کنترل	میزان تغییر
			شاپیروویلیک	کنترل			
تعارض و سردرگمی	پیش‌آزمون	میانگین	۴۴/۸۳	۴۰/۵۰	۲/۲۱۱	۰/۵۶۲	۲/۰۸ -
		انحراف معیار	۷/۴۰	۱۱/۳۹	۰/۲۱۱	۰/۵۶۲	
	پس‌آزمون	میانگین	۲۹/۰۸	۳۸/۴۲	۰/۲۲۳	۰/۵۱۵	
		انحراف معیار	۴/۷۹	۱۱/۰۷	۰/۲۲۳	۰/۵۱۵	
کیفیت مراقبت مادرانه	پیش‌آزمون	میانگین	۲۴/۷۵	۲۴/۰۰	۰/۰۲۳	۰/۷۰۶	۱/۰۸
		انحراف معیار	۴/۱۴	۷/۰۴	۰/۰۲۳	۰/۷۰۶	
	پس‌آزمون	میانگین	۳۴/۰۸	۲۵/۰۸	۰/۰۱۷	۰/۱۱۷	
		انحراف معیار	۵/۹۰	۵/۷۷	۰/۰۱۷	۰/۱۱۷	
پذیری دسترس	پیش‌آزمون	میانگین	۱۶/۷۵	۱۷/۴۲	۰/۶۵۱	۰/۹۳۲	۱/۳۳
		انحراف معیار	۴/۳۱	۲/۶۴	۰/۶۵۱	۰/۹۳۲	
	پس‌آزمون	میانگین	۲۵/۹۲	۱۸/۷۵	۰/۴۹۵	۰/۲۵۶	
		انحراف معیار	۵/۸۷	۲/۴۲	۰/۴۹۵	۰/۲۵۶	
خودمهارگری کودکان	پیش‌آزمون	میانگین	۲۱۵/۱۷	۲۱۲/۶۷	۰/۷۱۰	۰/۴۷۱	۷/۰۹ -
		انحراف معیار	۱۰/۲۶	۸/۷۴	۰/۷۱۰	۰/۴۷۱	
	پس‌آزمون	میانگین	۱۷۱/۰۸	۲۰۵/۵۸	۰/۰۳۶	۰/۷۷۰	
		انحراف معیار	۲۲/۷۸	۷/۹۱	۰/۰۳۶	۰/۷۷۰	

پراکنندگی متغیرهای وابسته در سطوح گروه‌ها (متغیر مداخله گر) همگن و مشابه است. همچنین، همگن بودن ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس آزموده شد و نشان داد ماتریس‌های واریانس-کوواریانس ($P > 0/001$) به دست آمده همگن است؛ بنابراین، تمام مفروضه‌های آزمون مانکووا برقرار است و می‌توان برای تحلیل داده‌ها از آن استفاده کرد.

پیش از بررسی داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (آنکووا) و چندمتغیری (مانکووا) ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیروویلیک بررسی و تأیید شد ($P > 0/001$). مفروضه همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش نیز با استفاده از آزمون لوین تأیید شد. نتایج نشان می‌دهد سطح معنی‌داری برای تمامی متغیرها بیشتر از مقدار ۰/۰۵ است ($P < 0/05$) که بیان‌گر این است که

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره (آنکووا) با هدف بررسی تأثیر مداخله بر خودمهارگری کودکان

متغیر وابسته	منابع تغییر	مجموع	درجه	میانگین	آماره F	سطح	اندازه اثر
خودمهارگری کودکان	گروه (مداخله)	۷۴۸۹/۷۷	۱	۷۴۸۹/۷۷	۲۶/۳۷	$< 0/001$	۰/۵۵۷
	پیش‌آزمون	۴۳۱/۱۱	۱	۴۳۱/۱۱	۱/۵۲		۰/۰۶۷
	خطا	۵۹۶۴/۷۳	۲۱	۲۸۴/۰۴			
	کل	۸۶۴۸/۰۴	۲۴				

مقدار ۰/۵۵۷ است که نشان از تأثیر مناسب مداخله بازی درمانی بر خودمهارگری کودکان دارد. براین اساس، فرضیه پژوهش مبنی بر تأثیر بازی درمانی CPRT بر خودمهارگری کودکان تأیید می‌شود.

نتایج آزمون آنکووا نشان داد تأثیر مداخله بازی درمانی بر خودمهارگری کودکان تأیید شده است ($P < 0/05$). سطح معنی داری اثر گروه کمتر از مقدار مفروض ۰/۰۵ است که نشان از اثربخشی مداخله بر خودمهارگری کودکان دارد. اندازه اثر به دست آمده

جدول ۴. نتایج آزمون (مانکووا) برای بررسی اثر عامل گروه (مداخله) بر مؤلفه‌های کیفیت مراقبت‌های مادرانه

منبع اثر	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	اندازه اثر
	تعارض و سردرگمی	۷۸۳/۳۹	۱	۷۸۳/۳۹	۴۹/۷۴	$< 0/001$	۰/۷۲۴
گروه	دهی بودن و پاسخ حساس	۴۴۵/۰۶	۱	۴۴۵/۰۶	۲۹/۶۰	$< 0/001$	۰/۶۰۹
	پذیری دسترس	۲۸۹/۸۰	۱	۲۸۹/۸۰	۱۴/۱۹	$< 0/001$	۰/۴۲۷

$P < 0/001$ و $F = 36/95$ و $WILKS LAMBDA = 0/133$

بیشترین تأثیر را بر تعارض و سردرگمی (۰/۷۲۴) و کمترین تأثیر را بر دسترس پذیری (۰/۴۲۷) داشته است.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک بر بهبود کیفیت مراقبت‌های مادرانه و خودمهارگری کودکان با مشکلات رفتاری بود. نتایج پژوهش نشان داد بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک بر بهبود کیفیت مراقبت‌های مادرانه و خودمهارگری کودکان با مشکلات رفتاری تأثیر مثبت دارد و گروه آزمایش که مداخله را دریافت کرده بودند، در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای وابسته تغییرات معنی داری را تجربه کرده بودند.

بر اساس یافته‌ها، بازی درمانی مبتنی بر تعامل والد-کودک باعث افزایش معناداری در کیفیت مراقبت‌های مادرانه شد؛ بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های دونالد و سبالوس (۲۰۲۰)، هار و گرازیانو (۲۰۲۰) و هجرانی، شهریاری و استکی (۲۰۲۰) هم‌خوانی دارد.

نتایج بررسی تأثیر آزمون لامبدای ویلکز (تأثیر چندمتغیره) نشان داد لامبدای ویلکز برابر با ۰/۱۳۳ و مقدار F برابر با ۳۶/۹۵ است که در سطح اطمینان حداقل ۹۵ درصد معنی دار است ($P < 0/05$) که بدین معناست که اثر مداخله در حداقل یکی از متغیرهای وابسته معنی دار است. معنی دار بودن آزمون لامبدای ویلکز نشان از تأثیر مداخله بر حداقل یکی از مؤلفه‌های کیفیت مراقبت‌های مادرانه دارد ($P < 0/05$).

نتایج آزمون مانکووا و تأثیر مداخله بر هر کدام از مؤلفه‌های کیفیت مراقبت‌های مادرانه نشان داد مداخله انجام شده در تمامی موارد تأثیر معنی دار داشته است ($P < 0/05$). سطح معنی داری به دست آمده برای سه متغیر وابسته (تعارض و سردرگمی، حساس بودن و پاسخ دهی و دسترس پذیری) کمتر از مقدار مفروض ۰/۰۵ است که نشان می‌دهد مداخله از نوع بازی درمانی CPRT توانسته است به تغییر معنی دار در میزان هر کدام از مؤلفه‌ها منجر شود. اندازه اثر میزان تأثیر مداخله بر متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد. مقایسه اندازه‌های اثر به دست آمده نشان می‌دهد مداخله‌های انجام شده

دارد. چنانچه کودک در فرایند بازی با مادر، رابطه‌ای را تجربه کند که احساس کند درک شده است و از او مراقبت می‌شود، مشکلات زیادی را برون‌ریزی می‌کند و تنش‌ها، عواطف و مواع آن آزاد می‌شود.

یکی دیگر از مؤلفه‌های مراقبت‌های مادرانه، در دسترس بودن است که CPRT امکان در دسترس بودن را در رابطه مادر-کودک فراهم می‌کند. یکی از شرایط مهمی که CPRT در نظر می‌گیرد، این است که بازی باید در مکان و زمان ثابت و بدون مزاحمت در خانه انجام شود؛ بدین معنی که زمان بازی از پیش طوری تنظیم می‌شود که کسی مزاحم نشود و یا مادر تلفنی با کسی صحبت نکند. مادران در این زمان خاص، صحنه بازی را طوری آماده می‌کنند که کودک بتواند بازی را هدایت کند و مادر از او پیروی کند. دنبال کردن کودک توسط مادر با نگاه مشتاقانه و مشاهده دقیق بازی کودک می‌تواند مؤلفه دسترس‌پذیری در کیفیت مراقبت‌های مادرانه را افزایش دهد. وظیفه اصلی مادر، همدلی کردن با کودک است تا نشان دهد افکار، عواطف و نیاز او را می‌فهمد.

مؤلفه سوم مراقبت مادرانه تعارض و سردرگمی است که می‌تواند با روش CPRT تحت تأثیر قرار گیرد. مادران می‌توانند با استفاده از گروهی بودن CPRT، ضمن تعامل با دیگر مادران و درمان‌گر به خودآگاهی بیشتری دست یابند و به این ترتیب بر رفتارهای خود تسلط پیدا کنند. مادر می‌آموزد به عنوان والد مراقبت کننده ابتدا مراقب رفتارهایش باشد تا بتواند با کودک رفتار درست داشته باشد. مادر باید از نقص‌های مهارت‌های تربیت فرزند آگاه باشد و از این آگاهی برای رشد خود و فرزندش و کاهش سردرگمی استفاده کند.

همچنین، نتایج پژوهش نشان داد آموزش بازی درمانی والد-کودک به مادران، بر خودمهارگری کودکان با مشکلات رفتاری اثرگذار است. این یافته با

در تبیین تأیید احتمالی این فرضیه می‌توان گفت کیفیت مراقبت مادرانه بر نظریه دلبستگی استوار است و این نظریه، دلبستگی را نتیجه پیوندی عاطفی و عمیق بین کودک و مراقب می‌داند که ویژگی‌هایی نظیر حساسیت، حمایت، تحریک، نگرش مثبت و روابط متقابل دارد. در این روش تمرکز بر ایجاد رابطه عاطفی موجود بین مادر و کودک است و تلاش می‌شود تا والدین با به‌کارگیری شیوه‌های بازی درمانی کودک محور بتوانند جایگزین خوبی برای بازی درمان‌گران کودکان خود باشند و محیط امن و سالمی برای آنها فراهم کنند (لنדרت و براتون، ۲۰۰۶). این مداخله بر اصلاح کیفیت مراقبت مادران تمرکز می‌کند و به مادران کمک می‌کند تا روابط گرم و عاطفی و پاسخ‌گو با کودکانشان داشته باشند. در مداخله CPRT مادران روش پاسخ‌گویی انعکاسی را می‌آموزند که یکی از مؤلفه‌های مراقبت‌های مادرانه است. این روش بر اصولی تأکید دارد که عبارت است از: ۱. پیروی و تبعیت از کودک به جای هدایت او؛ به این صورت که مادر در انجام بازی از کودک پیروی کند و نظر شخصی خود را در طی بازی به کودک تحمیل نکند و زمانی در بازی شرکت کند که کودک از وی درخواست کند؛ ۲. انعکاس و برگرداندن رفتارها، افکار، نیازها، آرزوها و احساسات کودک بدون سؤال کردن؛ به این معنا که وقتی کودک احساساتش را بروز داد، مادر بدون سؤال کردن، از طریق حالت صورت، لحن و حرکاتش نشان دهد که کودک را درک می‌کند؛ ۳. والدین بتوانند کودک را بفهمند و برای اینکه کودک احساس کند فهمیده شده است، تلاش کنند. در واقع، در جلسات CPRT فرصتی ایجاد می‌شود تا مادر نوع دیگری از رابطه با فرزند خود را تجربه کند و در این فرایند، کودک نیز متوجه می‌شود که مادر او را همان‌گونه که هست، می‌پذیرد و دوست

باید به صورت روشن و مختصر برای کودک توضیح داده شود.

وقتی در تمرینات CPRT به تناسب سن کودک، قوانین و حدود تشریح می‌شود و به آنها حق انتخاب داده می‌شود، آنها یاد می‌گیرند بر شرایط پیش آمده کنترل داشته باشند. با دادن حق انتخاب به کودک، خودمهارگری و توانایی نظم‌بخشیدن به رفتارشان ارتقا می‌یابد و به کودک کمک می‌کند تا به جای تکیه بر والدین به عنوان منبع بیرونی، از منبع درونی خود بهره‌بردار و آن را توسعه و رشد دهد (لنדרث و براتون، ۲۰۰۶)؛ زیرا اگر والدین در تمام امور کودک دخالت کنند و حق انتخاب و آزادی به کودک را از او سلب کنند، کودک می‌آموزد که وقتی رفتارشان خارج از محدوده کنترلش باشد، پدر و مادر مانع او خواهند شد و راه حل درست را به او نشان خواهند داد؛ اما وقتی خودمهارگری کودک توسعه یابد، احساس خواهد کرد که فردی شایسته و لایق است و برای دیگران ارزشمند است و وقتی اشتباهی از او سر بزند در پی جبران آن برمی‌آید و می‌تواند نتایج رفتارشان را پیش‌بینی کند.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. با توجه به اینکه شیوه انتخاب شرکت کنندگان شیوه دردسترس بود و افراد نمونه به صورت داوطلبانه در این طرح شرکت کرده‌اند، در تعمیم نتایج و یافته‌ها و تفسیر آنها باید جوانب احتیاط رعایت شود. انجام نشدن مرحله پیگیری برای بررسی مداومت تغییرات و اثربخشی برنامه آموزشی که به دلیل شیوع و ویروس کووید-۱۹ این امکان وجود نداشت و امکان نداشتن کنترل برخی متغیرهای مزاحم مانند وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها که ممکن است بر متغیرهای پژوهش تأثیر داشته باشد نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش است؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی نمونه‌های بیشتر و گروه‌های آسیب‌دیده متنوع‌تری با سنین مختلف

نتایج پژوهش‌های بهمنی و جهان‌بخش (۱۳۹۹)، السهلی و سالتا^۱ (۲۰۲۱)، عباسلو (۱۳۹۹) و کول‌هاف و همکاران (۲۰۲۰) هم‌خوانی دارد. همگی این پژوهش‌ها حاکی از این است که بازی درمانی و همچنین آموزش برنامه‌های مداخلاتی به مادران می‌تواند باعث بهبود خودمهارگری کودکان و به تبع آن، کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان شود.

در تبیین تأیید احتمالی این فرضیه باید گفت از آنجایی که CPRT از طریق تشویق تعاملات مثبت والد-کودک، ثبات رفتاری والدین و استفاده والدین از تکنیک‌های انضباطی غیرخشونت‌آمیز به دنبال شکستن چرخه رفتارهای منفی والد-کودک است، این شیوه درمانی می‌تواند نقش مؤثری در خودمهارگری کودکان داشته باشد. در واقع، مادر موضعی آشکار و قاطع درباره محدودیت‌های اعمال شده که جزء قوانین بازی به شمار می‌آید، خواهد داشت. این محدودیت‌ها موجب مسئولیت‌پذیری کودک در قبال اعمال و رفتارشان می‌شود که باعث رشد خودمهارگری‌اش می‌شود. برای مثال، محدودیت‌ها شامل محدودیت در زمان بازی، آسیب‌نرساندن به اسباب‌بازی‌ها و وسایل موجود در مکان بازی و پرهیز از آسیب فیزیکی به خود و مادر است (لنדרث و براتون، ۲۰۰۶)؛ بنابراین، محدودیت‌های قاطعانه همراه با توسعه حس اعتماد در رابطه والد-کودک شرایطی را فراهم می‌کند که محیط برای کودکان قابل پیش‌بینی باشد. تکرار این محدودیت‌ها به صورت قوانین، کودک را برای رفتن و جدایی از صحنه بازی آماده می‌کند. اعمال محدودیت‌ها طی سه مرحله انجام می‌شود: پذیرش احساسات، صحبت درباره تعیین حدود، تعیین انتخاب‌های جایگزین.

تعیین حدود و تعیین انتخاب‌های جایگزین، بسیار در ارتقای خودمهارگری کودک تأثیرگذار است که

^۱ Al Sehli, Helou & Sultan

قنبری، س.، اسماعیلی، ز.، پوراابراهیم، ت.، و خلقی، ح. (۱۳۹۵). نقش دل‌زدگی زناشویی با میانجی‌گری کیفیت مراقبت مادرانه در پیش‌بینی مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی شده‌ی کودکان. *فصلنامه علمی پژوهشی روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۷(۲۶)، ۷۲-۵۵.

قنبری، س.، خداپناهی، م.، مظاهری، م. و غلامعلی لواسانی، م. (۱۳۹۰). ساخت، اعتباریابی و رواسازی مقدماتی مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه. *مجله روان‌شناسی*، ۱۵(۴)، ۳۲۲-۳۳۵.

مینایی، ا. (۱۳۸۵). انطباق و هنجاریابی سیاهه رفتاری کودک، پرسشنامه خودسنجی و فرم گزارش معلم. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۶(۱۹)، ۵۵۸-۵۲۹.

نجاتی، ا.، موسوی، ر.، روشن چلسی، ر. و محمودی قرائی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخلات گروهی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر بهبود فرزندپروری مادران کودکان ۸ تا ۱۱ ساله مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه. *روان‌شناسی بالینی*، ۱(۲۹)، ۳۷-۴۹.

Achenbach, T. M. & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

Al Sehli, S. A., Helou, M. & Sultan. M. A. (2021). The Efficacy of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT) in Children with Attention Problems, Hyperactivity, and Impulsivity in Dubai, *Case Reports in Psychiatry*, vol 2021, Article ID 5588612, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/5588612>

Beh-Pajoo, A., Ghojari, B., Alizadeh, H. & Hemati Alamdar, G. (2007). Impact of training self-control techniques on enhancement of social skills in students with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Exceptional Children*, 7(1), 1-18.

و با در نظر گرفتن وضعیت اجتماعی و اقتصادی خانواده‌ها انتخاب شود که قابل‌تعمیم به جامعه باشد و همچنین در پژوهش‌های آتی از مرحله پیگیری (۳ ماهه، ۶ ماهه و ۱ ساله) برای بررسی ثبات و دوام مداخلات استفاده شود. در نهایت، با توجه به یافته‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌شناسان کودک و خانواده، به والدین و مربیانی که در ارتباط با کودک هستند، برای ارتقای بهداشت روانی کودکان و بهبود کیفیت تعامل والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودک، اصول و روش‌های CPRT را آموزش دهند.

منابع

بهمنی، م. و جهان‌بخش، ز. (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه مداخله‌ای بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر بهبود کیفیت تعامل والد-کودک و کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۴۴(۱۱)، ۱۳۱-۱۵۶.

تهرانی‌دوست، م.، شهریور، ز.، محمودی قرائی، ج. و علاقه‌بندراد، ج. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش تربیت‌سازنده فرزندان به والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۴(۱۴)، ۳۷۹-۳۷۱.

حسینی‌نثار، مجید و فیوضات، ابراهیم (۱۳۹۰). *نظریه‌های انحرافات اجتماعی*. تهران: پژوهش.

رجب‌پور، مجتبی؛ مکنوند حسینی، ش. و رفیعی‌نیا، پروین. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی رابطه والد-کودک بر پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۱)، ۶۵-۷۴.

عباسلو فرزانه. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) به مادران بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به ADHD. *مجله علمی پژوهان*، ۱۸(۴)، ۳۱-۳۸.

- psychology: The emergentist coalition model of word learning as a case in point. In D. G. Hall & S. R. Waxman (Eds.), *Weaving a lexicon*, 173-204. 204. MIT Press.
- Jensen-Hart, S. J., Christensen, J., Dutka, L. & Leishman, J. C. (2012). Child parent relationship training (CPRT): enhancing the parent-child relationships for military families. *Advances in social work*, 13(1), 51-66.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2017). Pairing attachment theory and social learning theory in video-feedback intervention to promote positive parenting. *Current Opinion in Psychology*, 15, 189-194.
- Kolthoff, J., Morgan S., Briggs N., Egan, R. & Niec, L. (2020). Parent-Child Interaction Therapy with Toddlers: A Community-based Randomized Controlled Trial with Children Aged 14-24 Months, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 50(3), 411-426. Parent-Child Interaction Therapy with Toddlers: A Community-based Randomized Controlled Trial with Children Aged 14-24 Months, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. DOI: 10.1080/15374416.2020.1723599
- Landreth, G. & Bratton, S. (2002). Nutrition, Health and Safety Play Therapy: The Art of the Relationship. *Journal of early education and family review*, 10, 30-34.
- (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*. NY: Routledge.
- Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., Assel, M. A. & Vellet, S. (2001). Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary?. *Developmental psychology*, 37(3), 387.
- McDermott, P. A., Watkins, M. W., Rovine, M. J., Rikoon, S. H., Irwin, C. W., Reyes, R. & Chao, J. L. (2019). Emergent growth patterns of early education self-control problems among children from underresourced American families. *Early Childhood Research Quarterly*, 48, 1-13.
- Mundy, L., Canterford, L., Olds, T., Allen, N. B. & Patton, G. C. (2017). The association
- Bertrams, A. (2012). How minimal grade goals and self-control capacity interact in predicting test grades. *Learning and Individual Differences*, 22(6), 833-838
- Brown, S. S., Mitchell, T. B., Fite, P. J. & Bortolato, M. (2017). Impulsivity as a moderator of the associations between child maltreatment types and body mass index. *Child Abuse Negl*, 67, 137-146.
- Cimon-Paquet, C., Tétreault, E. & Bernier, A. (2019). Early parent-child relationships and child sleep at school age. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 64, 1011057
- Donald, E. J. & Ceballos, P. (2020). Child-parent relationship therapy with residential care workers. *International Journal of Play Therapy*, 29(3), 163-176. <https://doi.org/10.1037/pla0000121>
- Flores, J., Caqueo-Urizar, A., Ramírez, C., Arancio, G. & Cofré, J. P. (2020). Locus of Control, Self-Control, and Gender as Predictors of Internalizing and Externalizing Problems in Children and Adolescents in Northern Chile. *Front. Psychol*, 11. 2015. doi: 10.3389/fpsyg.2020.02015
- Gangmin, X., Bullock, A., Yang, P. & Liu, J. (2020). Psychological Control and Internalizing Problems: The Mediating Role of Mother-Child Relationship Quality, *Parenting*, DOI: 10.1080/15295192.2020.1831295
- Greco, L. A., Sorrell, J. T. & McNeil, C. B. (2001). Understanding manual-based behavior therapy: Some theoretical foundations of parent-child interaction therapy. *Child & Family Behavior Therapy*, 23(4), 21-36.
- Hare, M. M., Graziano, P. A. (2020). The Cost-Effectiveness of Parent-Child Interaction Therapy: Examining Standard, Intensive, and Group Adaptations. *Adm Policy Ment Health*, 48(3), 499-513. <https://doi.org/10.1007/s10488-020-01083-6>
- Hejrani-Diarjan, H., Shahriari Ahmadi, M. & Esteki, M. (2020). The Comparison of the Effectiveness of the Behavioral Cognitive Play and Child-parent Interaction Based Play Application on Anger, Anxiety and Emotional Cognitive Regulation in Aggressive Students. *International Journal of Behavioral Sciences*, 14(3), 108-115. doi: 10.30491/ijbs.2020.207225.1162
- Hirsh-Pasek, K., Golinkoff, R. M., Hennon, E. A. & Maguire, M. J. (2004). Hybrid theories at the frontier of developmental

- adolescents. *Journal of Adolescence*, 32(3), 455-466.
- Yan, J., Schoppe-Sullivan, S. & Feng, X. (2019). Trajectories of mother-child and father-child relationships across middle childhood and associations with depressive symptoms. *Development and Psychopathology*, 31(4), 1381-1393. doi:10.1017/S0954579418000809
- Yang, Y., Qi, Y., Cui, Y., Li, B., Zhang, Z. & Zhou, Y. (2019). Emotional and behavioral problems, social competence and risk factors in 6-16-year-old students in Beijing, China. *PLoS ONE*, 14(10), e0223970. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0223970>
- Zeng, G. (2007). *An exploratory investigation of the internalizing problem behavior among children from kindergarten to third grade*. A dissertation presented in partial fulfillment of the requirements for PHD degree, University of Pennsylvania.
- between electronic media and emotional and behavioral problems in late childhood. *Academic Pediatrics*, 17(6), 620-624.
- Qutaiba, A. (2021). The Relationship between Self Control Skills and Behavioral Problems among Special Education Primary Grades in Israel. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 13(1), 01-08. DOI: 10.9756/INT-JECSE/V13I1.211001
- West, Brooke. E. (2010). *A mixed-methods approach to the experiences of non-offending parents in child parent relationship therapy (CPRT)*. Doctoral Dissertation, University of North Texas, United States.
- Winstok, Z. (2009). From self-control capabilities and the need to control others to proactive and reactive aggression among